ÜBER

ENDOMETRITIS POLYPOSA.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

IN DER

MEDIZIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHILFE

UNTER DEM PRÄSIDIUM

VON

DR. JOHANN VON SÄXINGER

O. Ö. PROFESSOR DER GYNÆKOLOGIE UND VORSTAND DER GEBURTSHILFLICH-GYNÆKOLOGISCHEN KLINIK

DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT IN TÜBINGEN

VORGELEGT

VON

HERMANN REICHERT

APPROB. ARZT IN NÜRTINGEN.

TÜBINGEN 1889

DRUCK VON HEINRICH LAUPP JR.

Digitized by the Internet Archive
in 2015

https://archive.org/details/b21990013

R52714

I.

Maria R. aus R., 15 Jahre alt, aufgenommen am 18. III. 1885, ist mit dem 13ten Jahre menstruiert, anfangs alle 14 Tage bis 3 Wochen ohne Schmerzen, mit geringem Blutverlust. Seit letzten Sommer ist der Blutabgang stärker, die Dauer der Periode länger, aber ohne Schmerzen. Seit 11 Wochen fast anhaltende Blutung, oft sehr profus. Wenn keine Blutung vorhanden, gelblicher Ausfluss. Uterus anteflektiert, sehr gross. Sonde geht 8 ctm. ein, virgo intacta. War vom 18. III. — 20. IV. im Haus und hat im Ganzen 5 Gläser Extr. Sec. cornut Denzel 2,0 Aqu. Cinam. 180,0 verbraucht, seit 5. IV. keine Blutung mehr.

II. Aufnahme 12. VIII. — 28. VIII 85.

Nach Entlassung aus der Anstalt blieb Patientin 10 Wochen lang von Blutungen vollständig verschont, auch die Periode trat nicht ein. Seit 7 Wochen wieder ununterbrochene Blutungen, welche in den ersten 10 Tagen nicht so beträchtlich waren. Patientin hat mit Beginn der Blutung wieder 4 Gläser Secalemixtur eingenommen.

Dilatation des Cervix mit Laminaria digitata, Uterusschleimhaut ist mit Wucherungen besetzt, aus dem rechten Horn hängt ausserdem ein feiner Polyp herab. Auskratzen mit der Curette Secale. Eisbeutel.

Entlassung am 28. VIII. Die Blutungen haben sogleich aufgehört. Uterus in Anteflexionsstellung noch leicht vergrössert.

III. Aufnahme 19. XI. 85.

Vor 3 Wochen Wiedereintreten der Blutung. Abermaliges Auskratzen und Secalemixtur.

IV. Aufnahme 14. IV. 86.

Seit 14 Tagen wieder Blutung, welche zur Zeit der Menses eintrat. 18. IV. wird der Cervicalkanal wieder mit Laminaria erweitert und der Uterus ausgekratzt. Entfernung einer grossen Menge hyperplastischer Schleimhaut. Entlassung 11. V.

28. VIII. kommt Patientin in die Ambulanz. Mitte Juni kam die Periode wieder, unter Schmerzen und zeitweise starkem Blutverlust, sie dauerte 3 Wochen. Nach Aufhören der Periode hatte Patientin 5 Wochen Ruhe, dann kam die Periode wieder und dauerte abermals 3 Wochen. Heisse Einspritzungen brachten die Blutung auf einige Stunden zum Stehen. Uteruslänge 7,5 ctm. Mit der Sonde nichts Besonderes zu fühlen. Sie erhält Extr. Hydrast. Cannadens. fluid.

V. Aufnahme 5. X. 86.

Da die Blutung nicht aufhören will, wird der Uterus wieder dilatiert und curettiert.

VI. Aufnahme 4. VI. 87.

Seit mehreren Wochen wieder Blutung. Uterus anteflektiert, weich, vergrössert. Nach Dilatation mit Laminaria fühlt man im Fundus uteri etwas nach links polypöse Excrescenzen von Linsen- bis Erbsengrösse. Auskratzung des Uterus, Aetzung des Endometriums mit Jod (Playfair). Die Blutung blieb nachher aus. Entlassung 26. VII.

VII. Aufnahme 23. I. 88.

14 Tage nach der Entlassung am 26. VII. trat wieder eine Blutung ein, die spontan aufhörte, um nach 4 Wochen wieder einzutreten; seither blutet Patientin immerfort mit nur wenig Unterbrechungen. Patientin ist psychisch sehr deprimiert.

Der Uterus ist ziemlich vergrössert, fühlt sich weich an, Sonde geht 7,5 ctm. ein, man stösst mit derselben auf leicht zerstörbare und leicht blutende weiche Massen. Linkes Parametrium ist infiltriert und schmerzhaft, rechtes Ovarium vergrössert und empfindlich. Uterus extramedian nach links verlagert.

Dilatation des Uterus mit Laminaria und Hegar'schen Pflöcken. Nach Eröffnung findet man den Uterus wie austamponiert, mit massigen, weichen, polypösen Wucherungen, die sehr leicht bluten. Dieselben werden mit der Curette entfernt und die Uterusinnenfläche gründlich ausgekratzt, hierauf das Endometrium mit Liq. Ferr. sesquichlorat. traktiert.

Die Menge der ausgekratzten Wucherung ist beträchtlich. Nach der Auskratzung keine Blutung mehr, Patientin hat sich bei der Entlassung am 20. II. wieder erholt und ist heiter. Uterus ist immer noch vergrössert. Vaginalteil weich und aufgelockert.

Das Ergebnis der mikroskopischen Untersuchung lautet: Die übersandten Stücke bestehen teils aus geronnenen Blutmassen, teils aus zellreichem Gewebe, das enorm zahlreiche und weite Gefässe enthält. Drüsenquerschnitte sind an den angefertigten Schnitten sehr spärlich vorhanden. Bildungen, die die Diagnose eines Carcinoms rechtfertigten, sind in den untersuchten Stücken nicht vorhanden. Ein kleines Stück besteht wesentlich aus Schleimhaut mit zahlreichen Drüsen, ohne besonders reichliche Gefässentwickelung. Die Fibringerinsel schliessen auffallend viel Leukocythen ein.

Seit dieser Zeit ist Patientin gesund.

II.

Frau B., 51 Jahre alt, aus N. Aufnahme 14. I. 88.

Patientin hat 5mal geboren, einmal abortiert, letzte Geburt 1866. Sie war seit ihrem 17. Jahre regelmässig mit starkem Blutverlust menstruiert. Januar 87 trat die Periode zur rechten Zeit ein, dauerte aber mit kurzen Unterbrechungen nahezu einen Monat lang, setzte dann 3 Wochen aus, um wieder einzutreten. Seither blutet Patientin immerfort mit höchstens 8—10tägigen Pausen. Die letzte Blutung hatte sie vor 10 Tagen. In der blutungsfreien Zeit sei ein Ausfluss vorhanden. Seit Frühjahr immer Schmerzen im Bauch und Kreuz. Stuhlgang retardiert und hitzig, Entleerung der Harnblase normal, ohne Beschwerden.

Status: Uterus ist descendiert, sehr stark vergrössert, Sonde geht 9 ctm. ein und liegt retroflektiert nach links verzogen, äusserer Muttermund ist offen, hat einen ziemlich scharfen Saum. Das Perimetrium ist rauh, mässig schmerzhaft.

Drückt man den Uterus bimanuell so gibt die Frau Schmerzen an. Rechtes und linkes Scheidengewölbe sind verkürzt, das rechte weniger als das linke. Das linke Parametrium ist deutlich verdickt infiltriert und mit schmerzhaften Strängen durchzogen, was besonders deutlich vom Mastdarm zu fühlen ist. Das Einführen der Sonde gelingt leicht, tastet man mit dem Sondenknopf das Endometrium ab, so ist die linke Hälfte glatt und schmerzlos, wogegen man rechts deutliche Unebenheiten fühlt, diese Stelle ist auch sehr schmerzhaft, das übrige Endometrium ist schmerzlos. Die Sonde ist nach der Untersuchung blutig.

Nach Eröffnung des Cervix mit Laminaria digitata fühlt man mehrere ca. linsengrosse, von der rechten Cervicalschleimhaut ausgehende Polypchen, ausserdem im Fundus nach rechts kleine polypöse Wucherungen, die bei der Untersuchung leicht bluten.

Der Uterus wird mit der Curette ausgekratzt, die polypösen Wucherungen entfernt, hierauf eine intrauterine Sublimatausspülung (1 : 2000) gemacht und die Uterusinnenfläche mit der Playfair'schen Sonde mit Ferr. sesquichlorat. getränkt, geäzt. Eis-

beutel auf den Unterleib und Extr. Sec. cornut Denz. 2 : 180 innerlich.

Entlassung am 15. II. Patientin hat seit der Auskratzung nicht mehr geblutet.

Mikroskop. Untersuchung. Zahlreiche Schleimhautwucherung mit typischen, manchmal etwas erweiterten Drüsen.

III.

Margar. F. aus W., 32 Jahre alt. Aufnahme 10. I. 88.

Anamnese: Patientin ist seit dem 14 ten Jahr vierwöchentlich menstruiert. Periode war schmerzlos, dauerte bei mässigem Blutverlust 8 Tage. Vor 2 Jahren machte sie eine Lungenentzündung durch. Seit 11 Jahren ist Patientin verheiratet und hat 8 mal immer normal ohne Kunsthilfe geboren, alle 8 Kinder leben. Die letzte Geburt war am 1. April 87 (also vor 9½ Monaten). Am 16. Oktober, also vor etwa 3 Monaten, trat morgens nach dem Aufstehen ohne weitere Veranlassung eine profuse Blutung auf, die von selbst aufhörte, um wieder einzutreten; seither blutet Patientin immerfort mit höchstens 2—3 tägigen Pausen. Schmerzen im Bauch waren nie vorhanden. Patientin will in den letzten Wochen bedeutend schwächer und magerer geworden sein, auch habe sich Herzklopfen eingestellt, was sie früher nie gehabt haben will. Wegen der Blutungen wurde Patientin längere Zeit von einem Homöopathen brieflich behandelt, der ihr Pulver und kleine Pillen (Streukügelchen) verordnete, worauf sich der Zustand nicht gebessert habe.

Status praesens: Mittelgrosse, blass, verblutet aussehende magere Patientin. Scheide ist glatt, weich, aufgelockert, ebenso der Vaginalteil. Der Uterus ist anteflektiert, stark vergrössert, klein-apfelgross (Sonde geht 7,8 ctm. ein), lässt sich leicht bewegen, fühlt sich weich an, wird aber während der Untersuchung härter, der ganze Uterus ist descendiert.

Mit dem Sondenknopf glaubt man an der Innenfläche des Uterus, besonders nach links und oben weiche Massen zu fühlen, bestreicht man dieselben mit der Sonde, so tritt eine leichte Blutung ein. Hebt man den Vaginalteil nach oben, so spannen sich die Douglasfalten, besonders deutlich die linke, welche etwas infiltriert und sehr schmerzhaft ist. Das Heben des Vaginalteiles ist auch mit Schmerzen verbunden. Nach rechts unten und oben vom Uterus liegt das vergrösserte Ovarium dextrum, dasselbe ist ca. wallnussgross, auf Druck schmerzhaft und liegt oberhalb des rechten Foramen ischiadicum majus mehr dem Knochen zu. Das linke Ovarium ist nicht mit Sicherheit zu fühlen, das linke Scheidengewölbe ist verkürzt, das linke Parametrium etwas infiltriert, in demselben fühlt man mässig empfindliche Stränge. Im Speculum sieht man den geschwollenen cyanotischen blutreichen Vaginalteil, an der vorderen Muttermundslippe ist ein kleines nicht ganz einpfennigstückgrosses Ulcus.

13. I. Einlegen eines Laminariastiftes. Abends ist der Cervicalkanal durchgängig, man fühlt an der Vorderwand des Uterus, etwas links von der Mittellinie, einen gestielten ca. haselnussgrossen weichen Tumor (Polyp), der bei Betastung sehr leicht blutet und kleiner wird, dasselbe sitzt tief im unteren Drittel und hat einen langen kammartigen, von oben nach abwärts verlaufenden Stiel. Die hintere Muttermundslippe wird eingeschnitten. Am 16. I. fühlt man nun mehrere polypöse Excrescenzen, von denen die grösste ungefähr bohnengross ist. Auskratzen mit der Curette, intrauterine Ausspülung, Aezung mit Liq. ferr. sesquichlorat. Playfair, direkt nach der Auskratzung misst der Uterus 6,8 ctm. Jodoformbolus in die Scheide.

1. II. Patientin hat seit der Auskratzung nicht mehr geblutet und erholt sich zusehends.

Bei der epikritischen Betrachtung von Fall I ist vor allem hinzuweisen auf die häufige und rasche Recidivierung. Es ist mir nicht gelungen, in der Kasuistik einen Fall zu finden, wo in

$2^1/_2$ Jahren 6 Recidive konstatiert wurden, selbst nicht aus der Zeit, als die weniger rationelle Therapie mit Intrauterinstiften und ähnl. beliebt war. *Fritsch,* Lagerveränderungen und Entzündungen der Gebärmutter, sagt p. 432: »Es gibt auch ganz gutartige Fälle, bei denen 2- oder mehreremale die Auskratzung zu machen ist«. *Schröder* in seinem Lehrbuch p. 126: »freilich kann die hyperplastische Endometritis so hartnäckig werden, dass sie, wenn auch langsam, immer recidiviert«. In unserem Fall blieb nach der 5ten Auskratzung die Metrorrhagie nur $1^1/_2$ Monate aus.

Zur Erklärung dieser Recidivierung gibt uns die Aetiologie keine Anhaltspunkte.

Die aetiologischen Momente, welche in den Lehrbüchern angeführt werden, lassen sich in 2 Gruppen teilen, infektiöse und nichtinfektiöse. Die letzteren sind: Direktes Trauma, Retroflexion; Geschwülste der Gebärmutter, Tumoren der Beckenhöhle, Skrophulose *(Hildebrandt)*, Erkrankung der Ovarien *(Brenneke)*, überhaupt alles, was Kongestionen zum Uterus zur Folge hat, wiederholte geschlechtliche Reizung, besonders Masturbation, Gebrauch eintrittiger Nähmaschinen. Von allen diesen Ursachen können wir in unserem Falle keine beschuldigen.

Skrophulose dürfte wohl zur Erkrankung im eigentlichen Kindesalter die Veranlassung geben, Nähmaschinen wurden keine gebraucht, Masturbation keine getrieben, Retroflexion ist keine vorhanden. Mit Ovarialerkrankung ist wenigstens der temporale Zusammenhang in diesem Fall ein entgegengesetzter. Auch die infektiösen schliessen sich zum Teil von selbst aus, Gonnorrhö, Puerperium, Abort. *Schröder* ist geneigt, auch hier wieder der Onanie eine hervorragende Rolle zuzuteilen, wenn er sagt, Lehrbuch pag. 112: Dass ein Eindringen von Entzündungserregern in die Uterushöhle auch unter diesen Verhältnissen (virgines) möglich ist, muss von vornherein zugegeben werden und für mich ist es nicht fraglich, dass ein solches Eindringen häufig durch onanistische Manipulationen befördert wird. Es ist jedoch nicht wahrscheinlich, dass, wenn Entzündungserreger bis zur

Uterusschleimhaut durch Onanie gebracht werden sollten, dies ohne Verletzung des Hymen geschehen kann.

Ausser den aufgezählten Ursachen wird noch angeführt: mangelhafte Abschwellung der Schleimhaut nach der Menstruation (Löhlein medizin. Wochenschrift No. 23, 24 1886), aber wo ist die Grenze zwischen Ursache und Beginn der Erkrankung? Ferner Erkältung und Erhitzung während der Periode. Der Umstand, dass diese freundlichen Begriffe auch hier wieder einspringen, ist ein Beweis, dass es trotz der Unzahl von Ursachen Fälle giebt, in denen wir keine Erklärung geben können. Wollten wir sie aber in diesem Falle herbeiziehen, so wäre schwer zu erklären, warum die Endometritis immer wieder recidiviert, trotzdem die Schleimhaut total exstirpiert wurde.

Theoretisch und den modernen Anschauungen entsprechend, könnte man die Vermutung aufstellen, dass Entzündungserreger, auf irgend welchem Wege eingedrungen, durch die Auskratzung nicht entfernt, vielleicht in den blinden Endigungen der Drüse, welche von der Curette nicht getroffen wurden, zurückgeblieben sind und der Aetzung mit Jodtinktur und ferr. sesquichlorat. Widerstand geleistet haben. In dieser Vermutung kann man bestärkt werden durch die vorläufige Mitteilung *Küstner's* (Beiträge zur Lehre von der Endometritis), dass Mikroorganismen von sehr mannigfacher Form ein häufiger Befund in den Sekreten des Uterus sind.

Wenn nun auch die Resultate in aetiologischer Beziehung wesentlich negativ sind, möchte ich betonen, dass in diesem Fall, der von Beginn der Erkrankung an beobachtet wurde, das Parametrium und Ovarium erst im Verlauf der Endometritis in Mitleidenschaft gezogen wurden. Es liegt nun nahe, daran zu denken, dass die Entzündungserreger (welche für das Parametrium etc. keine spezifische infektiöse zu sein brauchen) durch die Tuben weiter gewandert seien.

Dem gegenüber muss auf einen gewissen Chiasmus, welcher zwischen Erkrankung des Uterus und des Ovariums besteht, hingewiesen werden.

Im zweiten Falle ergab die Untersuchung, linkes Parametrium infiltriert verdickt, im Fundus kleine polypöse Wucherungen rechts; und im dritten Fall rechtes Ovarium vergrössert und im Fundus die Polypen links von der Mittellinie, so dass es fast scheinen möchte, dass die Hyperplasie der Schleimhaut die dahinterliegenden Teile wegen stärkerer Vaskularisierung und damit verbundener Verengerung der Tubenmündung vor der Infektion geschützt hätte. Doch kann man ja von dem Grade der Reaktion eines Gewebes nicht auf die Stärke des Reizes schliessen, d. h. es kann auf der Seite, auf welcher die Hyperplasie der Schleimhaut dem Grad nach kleiner war, der Reiz ebenso stark gewesen sein wie auf der andern. Auch wäre es bei der geringen Zahl mehr als Merkwürdigkeit und Zufälligkeit zu bezeichnen, wenn nicht Dr. *Kommerell* in einem Fall von Ovarialabszess dasselbe Verhältnis aufgefallen wäre. Derselbe ist ausführlich beschrieben im württ. medizin. Correspondenzblatt 1883, No. 28.

Da er weniger bekannt sein dürfte und auch nach Endometritis entstand, will ich ihn ausführlich mitteilen.

Am 3. April 83 kam in die gynäkolog. Klinik eine 43jährige Frau, hochgradig abgemagert, anämisch, von gelblicher Gesichtsfarbe. Früher hatte sie sich leidlicher Gesundheit erfreut, hatte aber immer an Unregelmässigkeiten der Periode gelitten. Seit 3 Jahren besteht anhaltende Blutung aus den Genitalien selbst bei ruhiger Bettlage. Durch diese Blutungen ist die Frau im höchsten Grade heruntergekommen. Der Uterus war bei der Aufnahme anteflektiert, etwas vergrössert, nicht schmerzhaft, vollständig geschlossen; die Frau hat nie geboren.

Die nächste Behandlung bestand in ruhiger Bettlage und Darreichung von Extr. Sec. corn. (2 : 180). Als in den folgenden Tagen die Blutung nicht nachliess, wurde zum Zweck der Exploration der Uterushöhle die Dilatation des Cervix vorgenommen.

Am 10. IV. konnte man den Finger hindurchführen und fand im rechten Uterushorn weiche Massen angeheftet, welche sich ähnlich wie Placentargewebe anfühlten. Es wurde eine Aus-

kratzung mit dem scharfen Löffel vorgenommen; neben Schleimhautpartien kamen weissgelbliche, gefässarme Massen zum Vorschein. Nach gründlicher Auskratzung des rechten Horns wird mit dem Löffel auch ins linke Horn gegangen, aber nur oberflächliche Schleimhautschichten zu Tage gefördert. Die Uterushöhle wird desinfiziert und mit Jodtinktur ausgepinselt. Die ausgekratzten Massen erwiesen sich nach der Untersuchung im patholog. Institut als gutartige Schleimhautwucherungen.

Der Erfolg war ein radikaler: Einen Tag lang kam noch etwas Blut, dann ein Paar Tage Eiter, vom fünften Tag kam weder Blut noch Eiter zum Vorschein; auch später blieb die Blutung vollständig aus. Die gleichzeitig vorgenommene Untersuchung (14. IV.) liess links über der Symphyse schon äusserlich einen harten, elastischen Tumor erkennen, bimanuell tastete man einen gänseeigrossen, harten, empfindlichen, nach links und etwas nach hinten vom Uterus liegenden Tumor. Die Messung ergab Temperaturen, welche Abends ungefähr 39,5, Morgens 38,5 betrugen. In den folgenden Tagen wuchs der Tumor mehr und mehr, während die Empfindlichkeit zurücktrat.

In betreff der Bedeutung des Tumors, der unter unseren Augen im Anschluss an die Auskratzung über der Symphyse palpabel geworden war, war es fast selbstverständlich, beides in aetiologischen Zusammenhang zu bringen: Auffallend war nur die Bildung des Tumors links, während die hauptsächliche, tiefgreifende Auskratzung rechts, links nur eine ganz oberflächliche stattgefunden hatte. Man dachte sich, es sei eine Endometritis zustande gekommen, welche eben auf der linken Seite aus irgend einem Grunde stärkere Reaktion hervorgerufen habe. Wir deuteten den Tumor demgemäss als linksseitige Parametritis, mit eitrigem Exsudat. Am 25. IV. war der Tumor bereits kindskopfgross. Sein Verhältnis zum Uterus war folgendes: Der Tumor lag in der Hauptmasse nach links, überschritt aber schon die Mittellinie. Nach rechts und vorn von dem Tumor lag der Uterus, mit der Portio hochstehend, an die Symphyse angedrückt, während die Umrisse des Corpus uteri deutlich über der Sym-

physe nach vorn von dem Tumor äusserlich zu tasten waren. Am 17. V. geht der Tumor bis zum Nabel, hat die Grösse eines Mannskopfs, ist prall elastisch, fluktuierend, äusserlich sowie per vaginam; das Verhältnis zum Uterus ist dasselbe, nur ist der letztere noch fester an die Symphyse angedrückt.

Wiederholt hat während dieser Zeit Herr Prof. *v. Säxinger* darauf hingewiesen, dass der Tumor sich wie eine Cyste präsentiere und dass jeder, der den Fall, ohne etwas davon zu wissen, objektiv und unbefangen untersuchen würde, eine linkseitige Ovariencyste diagnostizieren müsste.

Das Fieber hat bis gegen Ende Mai ununterbrochen etwa in derselben Weise fortgedauert, Morgens gegen 38, Abends 39—39,5. Da die Frau durch das Fieber immer schwächer wurde, eiteriger Inhalt des Tumors anzunehmen war, der Eiter aber nirgends zum Durchbrechen Anstalt machte, so musste das Letztere auf operativem Wege herbeigeführt werden. Per vaginam war zwar Fluktuation durchzufühlen, doch hatte man nicht den Eindruck unmittelbarer Nähe der Flüssigkeit, so dass es nicht ungefährlich schien, das Scheidengewölbe zu incidieren. Auch die Punktion durch die Bauchhaut wurde verworfen, weil die Flüssigkeit zu tief lag und man vor Verletzung des Darms und vor Einfliessen von Eiter in die Bauchhöhle sicher sein wollte. Deshalb wurde beschlossen, von aussen schichtweise präparierend zum Tumor vorzudringen und dann den Eiter nach aussen zu entleeren. Am 29. V. habe ich diese Operation vorgenommen. Es wurde links von der Mittellinie auf der stärksten Vorwölbung des Tumors eine kleine parallel der lin. alba verlaufende Incision gemacht und mit Messer und Hohlsonde durch die Bauchdecken in die Tiefe gedrungen, bis man schliesslich auf eine prall gespannte weisse Membran kam, welche die Wand des Tumors bildete. Es wurde eine ganz kleine Oeffnung gemacht, aus welcher sofort im Bogen Eiter hervorspritzte, wie aus einem Springbrunnen. Die Wand des Tumors wurde dann hervorgezogen, die Oeffnung vergrössert und es entleerten sich schätzungsweise 6 Schoppen dünnen, nicht stinkenden Eiters. Beim Ver-

such, die Wand des Abscesses hervorzuziehen, fand man die Tuba dem Tumor anliegend, so dass derselbe mit Sicherheit als das vergrösserte Ovarium zu erkennen war.

Die Wandung konnte nicht weit genug hervorgezogen werden, um den Stiel unterbinden und versenken zu können, deshalb wurde das hervorgezogene Cystenstück abgeschnitten, der Rest mit der Bauchhaut vernäht. Um dem etwa noch vorhandenen Eiter Abfluss zu verschaffen, wurde von der Abscesshöhle aus ins Scheidengewölbe durchgestochen und ein Drainrohr eingelegt.

Die Reaktion auf den Eingriff ist unbedeutend, der erste Verband muss am 2ten Tag wegen Durchtränkung mit Eiter gewechselt werden, dabei wird eine gründliche, desinfizierende Ausspülung vorgenommen. Im ganzen ist das Befinden der Patientin dasselbe wie vor der Operation, namentlich nimmt nach ein Paar Tagen das Fieber bedeutend ab, peritonitische Erscheinungen fehlen. Die hochgradige Anämie und Cachexie besteht natürlich fort. Am 4. VI. kam Decubitus zu Stande, der rasch tiefer griff, sodann traten profuse Diarrhöen und Erbrechen auf und am 12. VI. Abends erfolgte der Tod unter den Erscheinungen der allmähligen Kräfteabnahme.

Die Sektion bestätigte, dass es sich um einen enormen Abscess des linken Ovariums handelte. Derselbe bestand aus einer einzigen Höhle mit glatten Wandungen. Die Wand des Abscesses bildete die verdickte Tunica propria des Eierstocks; von ovarialem Gewebe war sonst nichts mehr vorhanden. In den Beckenräumen fand sich nirgends Eiter, nirgends Zeichen einer septischen Infektion. Dagegen war eine totale Thrombose der Vena iliaca commun. vorhanden.

Interessant war der Befund des Uterus:

»Uterus ziemlich dick und derb, Innenfläche stark vascularisiert, aber vollständig glatt. Die Uteruswand zeigt nirgends Infiltrationsherde. Dagegen finden sich im linken Lig. latum lymphangitische Abscesse«. (Dem Sektionsprotokoll von Herrn Prof. *Ziegler* entnommen.)

Wir müssen also auf die Erklärung zurückkommen, dass sich

in Folge der Auskratzung eine Endometritis bildete, deren Fortsetzung auf die Lymphgefässe des Lig. lat. Veranlassung zur Bildung des grossen Ovarialabscesses war. Unerklärt bleibt, warum der ganze Prozess auf der bei weitem weniger insultierten Seite sich entwickelt hat, selbst wenn man hinzunimmt, dass das linke Ovarium mehr zu Erkrankungen disponiert ist als das rechte. Andererseits liegt auch der strikte Beweis nicht vor für den aetiologischen Zusammenhang zwischen der Auskratzung des Uterus und der Bildung des Ovarialabscesses, so dass der Fall nicht vollständig aufgeklärt erscheint.

Hier die Parametritis und Oophoritis auf die Behandlung Curettment und Aetzung zurückzuführen, ist schwer. Denn der Methode wurde wohl schon zu starke Einwirkung auf die Schleimhaut der Gebärmutter zum Vorwurf gemacht, nicht aber, dass sie, natürlich unter antiseptischen Cantelen ausgeführt, eiterige Infektionen hervorrufe·

Dabei ist von der Schwierigkeit der Erklärung abgesehen, dass die Komplikation rechts auftrat, während die energischste Einwirkung links stattfand.

Mehr Wahrscheinlichkeit hat die Annahme, dass durch die allmählige Dilatation eine Sekretretention stattgefunden hat und dass dadurch die Affektion des Parametrium und des Ovarium veranlasst wurde, so dass auch hier die weniger hypertrophische und deshalb weniger succulente Schleimhaut die weniger schützende gewesen wäre.

Mag man sich dies eigentümliche Verhalten zurechtlegen wie man will, so ist jedenfalls darauf hinzuweisen, dass die Erklärung mehr Schwierigkeiten bieten würde, wenn wir im 3ten Fall mit *Brenneke* die Oophoritis als das primäre, die Endometritis als secundär auffassen würden. Es lässt sich ja bei der Schleimhaut (im Gegensatz zur sogenannten chron. Metritis) denken, dass durch Hyperaemie — Katarrh, Drüsenerweiterung, Epithelveränderung, Hyperplasie (also chronisch entzündliche Zustände) entstehen, aber wie sollte eine Kongestion zum rechten Ovarium Stauung im linken Endometrium erzeugen?

Im 2ten Falle kam die erste Blutung im Januar, während die Erscheinungen der Parametritis, Schmerzen im Bauch und Kreuz, erst im Frühjahr eintraten, wodurch auch wieder wahrscheinlicher wird, das die Parametritis nicht Ursache, sondern Folge der Endometritis war.

In den 4 Fällen ist es also in 2 sicher, in den andern sehr wahrscheinlich, dass die Erkrankung der Ovarien nicht in aetiologischem, sondern komplikatorischem Zusammenhang mit der Endometritis chronica polyposa steht, — Komplikationen, welche ohne Zweifel wichtiger und ernster sind, als die gewöhnlich angeführten Folgezustände: Magenstörung, Gemütsverstimmung, Hysterie.
